

原 著

難治性メニエール病に対する心理療法

神崎 仁・浅野 恭子・田副 真美・國弘 幸伸

Psychotherapy in Intractable Meniere's Disease

Jin Kanzaki, Kyoko Asano, Mami Tazoe, Takanobu Kunihiro

Department of Otolaryngology, Keio University School of Medicine

In collaboration with otologists and psychotherapists, psychotherapy was performed together with the administration of drugs for patients with Meniere's disease in whom medical treatment, surgical treatment, or intratympanic streptomycin therapy had been ineffective and for a patient with intractable tinnitus. We report in detail 7 patients for whom psychotherapy was effective for vertigo, stabilization of hearing fluctuation, or the acceptance of tinnitus.

It is important to consider psychosomatic aspects in the treatment of patients with Meniere's disease, and it was possible to avoid unnecessary surgery in some Meniere's disease patients using a combination of psychotherapy with medication.

Key Words: Meniere's disease, psychotherapy, psychosomatic consideration

はじめに

精神的、肉体的ストレスがメニエール病の発症に関係があることが知られている。さらにメニエール病の心理検査、自律神経機能検査の結果からも自律神経失調症、神経症、心身症タイプがあり、不安、緊張も強い例が多いこともわかってきた。しかし、これらの結果を考慮して臨床心理士と協力して実際に治療を行った報告は少ない。

著者らは当科での保存的治療無効例で以前であれば手術適応とした例に臨床心理士と協力して心理療法を行い、手術を回避できるか否かを検討したのでこれらの経験について報告する。また、他施設で迷路削開術や鼓室内 SM 注入を受けたにも関わらず無効であった症例についても心理療法を行い、もし保存的治療に続いてあるいはこれと併用していれば、外科的治療や薬物の鼓室内注入

を避けられたのかを検討したので、併せて報告する。

方法および対象

当科での心理療法は1986年より臨床心理士によってはじめられた。当科で行っているのは精神療法であるが、これを含めて心理療法とよぶ。臨床心理学の分野では心理療法と精神療法とは一応区別されている。すなわち心理療法は「人格の比較的表層にある問題を対象として、その問題を解釈するのに必要な助言を与え指導すること」であり、精神療法は「人格の深層に潜む問題を対象として、これを特殊な技法によって分析し、人格の再構成を促す方法」と定義されている¹⁾。当科の臨床心理士の行っているのは主に精神療法を含む治療的カウンセリングが中心である。カウンセリングの基本としては、心理的問題を抱える人（クライアント）の話を良く聴き（傾聴）、受容、共感的理解を示すことで良好な相談・治療関係を保

ちながら問題解決に向けて様々なことの話し合いを通して進めていく。その中でクライアントは対人的な安心感を得るとともに問題解決の具体的な方法について考え、実行に移していくことができる²⁾。

当科では自律訓練法、バイオフィードバック法などの行動療法を中心に行い、さらに交流分析の方法も取り入れている。これらの中、どのような方法を選ぶかはカウンセリングや心理検査の結果を参考にしている。

心理検査の項目として外来ではCMI(東邦大式)、SRQ-D(東邦大式)、エゴグラムを行う。問診、臨床所見とこれらの検査から心理治療を依頼する際に一次精査として現在ではCMI、STAI(State-Trait Anxiety Inventory)、CES-D(米国国立精神保健研究所[うつ病(抑うつ状態)/自己評価尺度]、SCI(ストレスコーピングインデックス)、EAS(自我態度スケール)、P-F(Picture Frustration) Studyを記入してもらっている。以前はSDS(うつスコア)、MAS(不安テスト)を行っていたので本報告の症例にはこれらの結果も用いられている。二次精査としてY-G(矢田部ギルフォード)性格検査、TEG(東大式エゴグラム)、INV(パーソナルインベントリー)などを行っている。今回の対象症例は全例日本めまい平衡医学会が定めるメニエール病の診断規準を満たす症例である。これらの症例は保存的治療のみではめまい、あるいは耳鳴のコントロールが不十分であり、手術的治療をすすめられて来院した例も含まれている。しかし、心理検査上問題があり心理療法を行った例を呈示した。

結果および症例

1. メニエール病の心理検査成績

1) CMI: 24例中 III, V型を示したのは16例(67%)であった。Vn(神経症型)20%, Vp(心身症型)70%, また疾患頻度44%, 既往症頻度18%, 過敏26%, 強迫傾向47%であった。

2) Y-G性格検査: 10例中 A型5例, B型3例, E型2例であった。これらのうち思向的外向性を示すものが50%であった。

3) SDS: 23例中異常は1例のみであった(正常50以下)。

4) MAS: 14例中8例は高値を示した(正常23以下)。

5) TEG: 12例の結果はNP優位4例, N型3例, 逆N型3例, 平坦2例であった。

2. 症例

1) 保存的治療が無効で手術適応とされたが、心理療法で手術を回避できた例

(1) 症例: 坂○(93-41122)41歳 男性 小学校教師

初診: 1993年11月22日

主訴: 回転性めまい・嘔吐・右耳鳴

現病歴: 勤務している小学校が研究校のため管理職と教員の間に立ち、研究の進め方について取り組んでいた。1993年1月頃より、徹夜の日が続き肩凝りなどの身体の疲労を感じていた。3月に入り、右耳鳴と軽いめまいを感じていた。その10日後、激しい回転性めまいをおこし職場で倒れた。近医を受診、メニエール病と診断され生活上の注意と投薬を受ける。4月に異動があり本人の希望で障害児学級の担任となる。2人で担任しているため方針などで意見が合わないこともあり、ストレスがたまっていった。4月以降は、近医にて注射を毎日のように受け仕事を続けていた。その間、何度か激しいめまいと嘔吐を繰り返し仕事ができない状態となった。夏休みに入り、比較的症状は落ち着いていたが、新学期を迎え9月中旬に嘔吐を伴うめまいが出現した。その後1週間は食べると嘔吐するという状態が続き起き上がることができなかった。体重の減少も著しく10月より休職となる。徐々に動けるようにはなるが、耳鳴がひどく1週間に3回ほどのめまいとそれに伴う嘔吐が出現し横になることが多かった。近医にビタミン剤、循環改善剤などを処方されていたが、その後3ヵ月で15回のめまい発作が頻発したため手術適応として当院紹介された。来院時休職中であった。

既往症: B型肝炎キャリア

家族歴: 父親は脳出血で死亡。母親は肝臓ガンで死亡。兄は胃潰瘍。妻の両親と同居。子供1人。

初診時所見: 初診時平衡機能検査に異常なし。聴覚以外の脳神経症状所見なし。聴力検査(図1)。ENG所見異常なし。

治療経過: 当院でも利尿剤、精神安定剤を投与したが、月に4~6回のめまい発作があったため心理検査の結果も考慮して心理療法を行うことと

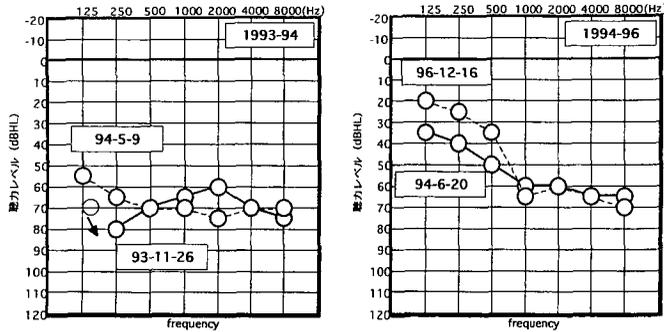


図1 症例 坂○
心理療法前後の聴力図。

した。臨床心理士による治療を94年3月より開始した。基本方針としてまず支持的カウンセリングおよび患者の環境調整に助言を与えながら信頼関係を確立する、また心理状態によって身体症状が出現する心身相関について気付かせることを目標とした。

心理検査：CMI（コーネル大学医学指標）ではIII領域、Vp（心身症型）で強迫傾向の項目が高い。SDS（自己評価式抑うつ性尺度）、MAS（顕在性不安尺度）は正常値。エゴグラムはCP（Critical parent）、FC（Free child）が低く、NP（Nurturing parent）、A（Adult）が高かった。このことから献身的だが無批判で知的に仕事をこなし、休息を取り入れたり生活を楽しめなくストレスを蓄積しやすい自我状態であることが示された。妻との面接より、職場では几帳面に仕事をこなし、完璧主義であり、対人関係では、職場および同居している妻の両親にも気を遣っていた。本人との面接ではめまいに対する不安、休職中であることから職場への不安、家族の理解を得られないことに対する怒り、焦りなどのマイナスの感情が述べられたので理解を示した。妻には家庭環境の調整の援助を依頼した。Aが高いエゴグラムより知的思考や客観的情報収集が得意であると考え、心身相関の話、ストレスによる疾患と性格傾向の話を進めていった。その後、ストレス緩和、めまいに対する不安、緊張の軽減を目的として自律訓練法の習得を患者に提案する。自律訓練法の説明の後、これに関する本を紹介し、自律訓練法グループ参加への動機づけをした。

次いで自律訓練法グループへ参加（94年5月～

6月）することにより患者にリラクゼーションを修得させ、ストレス状況の調整、緩和に対し助言をした。その結果、不安、緊張の緩和が得られ、さらに心身相関の理解を深めるようになった。

心理療法の後、医師がその結果を参考に投薬を調整した。内服薬としてデパスを投与した。94年3月より心理療法を開始し4月、5月にはめまいはなかったが、6月～8月にかけて毎月2回ずつ軽いめまいを認めた。しかし、その後めまいはなく復職した。2年後の聴力検査では低音域の改善を認めた（図1）。

(2) 症例：段○（96-23371）51歳 男性 高校教師

初診：1996年7月29日

主訴：左難聴・耳鳴・めまい

現病歴：1996年3月11日、左耳閉感を自覚、近医にて突発性難聴と診断されステロイド治療を受けたが改善せず、その後高圧酸素療法を20回行ったが改善しなかった。CT、MRIには異常なし。6月に入り回転性めまいあり。蝸牛症状不変。その後精神安定剤、ビタミン剤、ハリ治療を行っていた。聴力は変動しながら悪化し耳鳴も増強、睡眠障害も加わり1996年7月29日当院を受診した。既往に13年前に浮動性めまいのみ、1年4ヵ月前には数時間続く回転性めまいがあったが蝸牛症状の随伴はなかった。

初診時所見：聴力検査所見（図2）以外に平衡機能検査、神経耳科学的、神経学的に異常なし。心理検査のスクリーニングとして行われた東邦大式CMI、SRQ-Dにて異常なし。

治療経過：イソバイド、デパスにて経過をみな

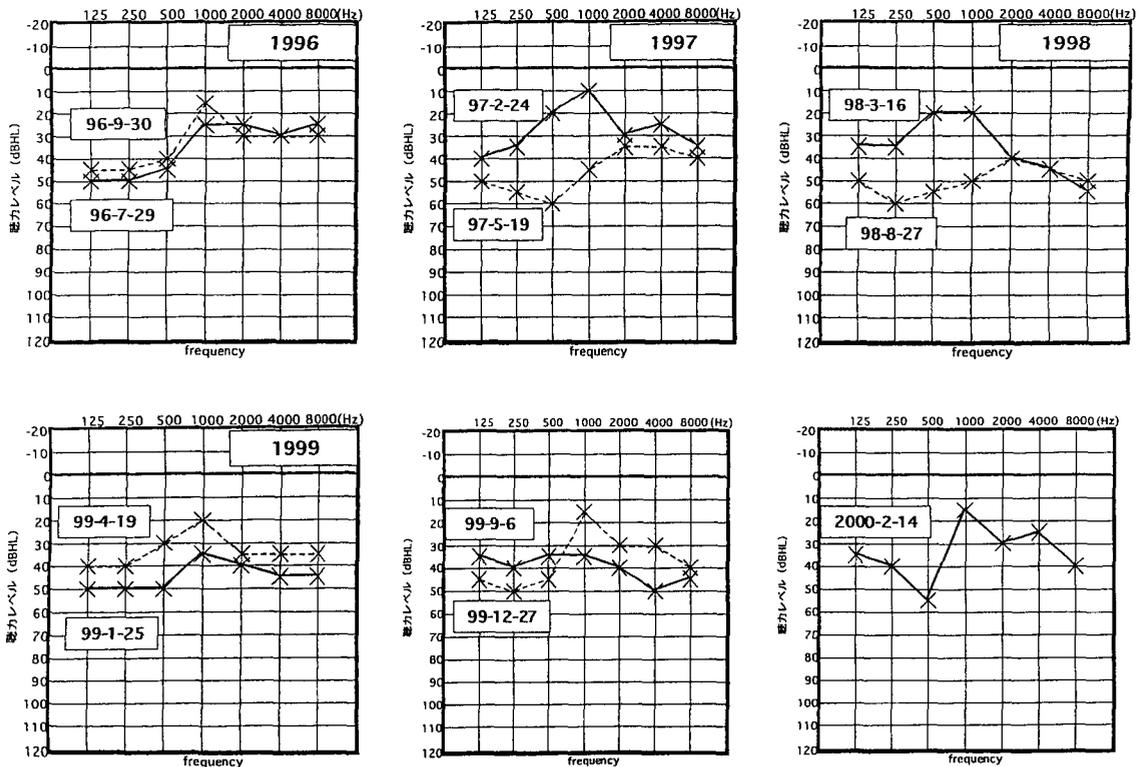


図2 症例 段○

聴力の経過。99年12月以降約1年間聴力の変動はほとんどない。

がら初診後、語音検査、ABR、カロリックなどを行ったが異常なかった。めまいはその後入学試験に関わった後や過労時、法事などの後に頻発したため手術を考慮されたが、1997年11月より心理療法を行うこととした。問診では、①腫瘍や脳疾患ではないか、②めまい、聴力の将来への不安、③眼科的に黄斑変性があり視力に対する不安、④耳鳴が睡眠や仕事の妨げになることなどが訴えられた。行動特性はA型でストレスを感じる人が多い。エゴグラムはCP, A 優位でFC, ACが低い型であった。タイプA行動パターンの特徴やエゴグラムの結果より、本症の心理療法として弛緩訓練と行動パターンの変容を試みた。弛緩訓練では筋弛緩法、腹式呼吸法を指導したところ手の暖かくなる感が得られた。その後グループによる自律訓練法を行い睡眠がとれるようになった。睡眠途中で覚醒しても、その時点で自律訓練法を行うと睡眠が可能となった。耳鳴も消失しなくてもやっていけるとの自信がつく。その後も仕事が

忙しいと軽いめまいがおきたが5分ぐらいで治まり楽になった。耳鳴も「鳴っているな」と思うが睡眠はとれ耳鳴に対する恐怖感も消失した。行動パターンの変容として性格・行動パターンとストレスとの関係、さらに身体症状との関係を説明し、その理解のためバイオフィードバック療法と自律訓練法とを併用した。バイオフィードバック療法の際、リラックスした時に体温上昇を認め、次にリラックスした状態でストレス状態（職場でのめごとなど）を思いさせると体温が下がることを体験した。このことから自分の感情が身体、とくに自律神経に影響を及ぼしていることが認識できたと話した。患者は「自分は鈍感だと思っていたがこの変化を体験して驚いた。」また「病気のおかげで人のやさしさがわかるようになった。」とも述べ、その後、生活様式の変容が認められるようになった。心理検査を開始した1年目は4回の回転性めまいがあったが、その後1年8ヵ月間めまいはまったくなかった。この間の聴力

の変化は図2の如くでめまいは消失し聴力は変動せず安定化してきている。1999年以後めまいはまったくない。

2) 手術を受けたがめまいが改善しなかった例

症例：関〇〇子 (99-05464) 51歳 女性 主婦
主訴：ふらつき感

現病歴：1995年4月7日、家事の際、回転性めまいあり。難聴(一)、耳鳴(一)。その後徐々に聴こえにくくなる。4月10日、J病院受診、右突発性難聴と診断され2週間入院しステロイド投与、神経ブロックを受けたが聴力改善せず、ふらつき感が残った。2～3ヵ月に1回ぐらいの割合でめまい反復、次第に聴力は悪化した。7月、T病院受診、そこで手術をすすめられ、1997年2月、右迷路破壊術を施行された。しかし、その後めまい増悪のため神経科へ回された。1997年11月、T大病院にて保存的治療を受け眼振は消失したといわれたが、めまい、ふらつきは不変であった。1999年3月1日当院受診。首をまげたり、人混みに行くときめまいがする。1ヵ月に1回ぐらいはめまいがあることが訴えられた。

検査所見：足踏み検査：右に偏倚、マン検査：不安定、頭位眼振：左向き水平性眼振を認めた、聴力検査：右ろり、左正常。

心理検査：CMIはII領域、Vn(神経症型)、強迫の項目高値。SRQ-D: 9(正常値<16)、SDS: 31(正常値<50)、MAS: 9(正常値<22)、Y-G: D型、INV: ヒステリー項目で高値、エゴグラム：CP、A高値、NP低値。

心理検査の結果より主導者の立場で社会のルールや規則を守り几帳面で物事を完璧にこなそうとするタイプである反面、批判する気持ちが強く自分の予定通りに事が運ばないとイライラしやすい。また、欲求不満や心理的葛藤状態では身体症状として現れやすい傾向が考えられた。

患者には手術をしたことへのマイナス感情が認められる。めまい感の不安や不快感がある。難聴と同じ側の肩凝りあり。

患者のめまいは迷路破壊後でもあり、メニエール病に起因するものではなく心因性のものと考え、1999年3月15日より心理療法を開始した。デパス、インパイドを内服。カウンセリング場面では、「仕方がない」といいながらも「めまいは治ると思っていた」とT病院での手術に対して批

判的な発言が認められた。しかし、感情表現までには至らなかった。「仕方がないという気持ちとは？」など感情の明確化を行いながら共感し支持をした。後悔や怒りの感情が述べられるようになるにつれて心理検査の結果のフィードバックの際にやや反発的であったのが次第に「仕事などは完璧にしないと気が済まない」などと自己分析をするようになった。さらに不安や肩凝りの緩和、集団の中での自己洞察、共感性を高める、出席者による患者へのソーシャルサポートを目的として自律訓練法グループへの参加を提案した。4月26日から7月26日までの8回のグループに参加した。自律訓練法を就寝前に実施することで寝つきが良くなった。ふらつき感はあるが、めまいは消失した。さらに動悸も消失した。現在は、自律訓練法グループ終了後月1回のフォローアップグループに参加している。個別のカウンセリングは本人の希望がある時に行うようにしている。また、夫婦でテニスをしたり肩凝りの緩和や健康のために体操教室に通っている。2000年1月に入り、ふらつき感はあるが内服していれば生活は可能であった。めまいは9ヵ月間認められない。

3) SM注入を受けたが改善せず手術をすすめられた例

症例：菅〇武〇 (99-13032) 57歳 男性 農業
初診：1999年5月17日

主訴：めまい(回転性)・耳鳴(左)

現病歴：1984年以来、年1回程度回転性めまいがあった。めまいは上下左右に首をふる時、農作業の時におこった。既往に幼少時期左中耳炎、乗物酔。1996年I病院受診、聴力右：正常、左：会話域74dBであった。鼓膜穿孔なし、めまいは保存的治療で改善しないため、1999年2月左中耳腔内にSM注入を4回受けた。しかし、めまいは軽快せず月に1回程度おきた。T大、S大病院受診するも改善なく、前庭神経切断術のため当院を紹介された。

初診時所見：聴力検査では右：会話域25dB、左：60dB。両耳とも4kHz、8kHzは会話域よりも障害あり。平衡機能検査所見：自発、頭位眼振(一)、頭振後眼振：右向き眼振、足踏検査：動揺著明。

心理検査所見：CMI: IV領域、Vn(神経症型)、SRQ-D: 22、SDS: 43(正常値<50)、MAS: 25(正

常値<23), Y-G: B型, TEG: N型, エゴグラム: W型。デパス(0.5mg), ドクマチール(50mg)投薬を行った。

治療経過: 1999年6月7日より心理療法開始。抑うつ状態があったためまずカウンセリングにより, 抑圧されている不安や怒りの感情を表出させ, ネガティブな感情を解放し受容できるように指導した。患者は車の運転中に発作がこないか耳鳴のために脳梗塞にならないかなどの不安の他, 仕事ができない, 息子の結婚問題, 妻の母の健康などの不安も訴えた。仕事は入社当時は原子力発電所の機械のコントロールをやっていたが, 配置換えになった。現在は農業(トラクター運転)をやっている。

また検査結果から, 今何が重要なのか冷静に判断する力が弱く感情的に動いてしまう行動パターンが認められたので, 生活面で常に客観的に多面的に判断し行動できるよう助言した。同時に不安

やイライラを感じた具体的な出来事に対して, 認知行動療法により自信を持たせ再適応できるよう指導した。

7月5日MRI検査で異常なく, 安心する。仕事は休職。9月に稲刈りができた。最近1年間のめまいはない。

4) 早期に生活指導, 助言によりとくに心理療法を行わずに良好な経過を示した例

症例: 吉〇〇子(74-06135) 61歳 女性

初診: 1989年7月25日

主訴: 右耳鳴・めまい・嘔気

現病歴: 1ヵ月前より主訴あり。受診11年前にもめまい発作あり, メニエール病と診断されたことがある。

初診時所見: 聴力検査で右高音域難聴を示した(図3)以外に所見なく, 平衡機能検査でも異常を認めなかった。

治療経過: 丁度1年後(1990年)にめまい発作

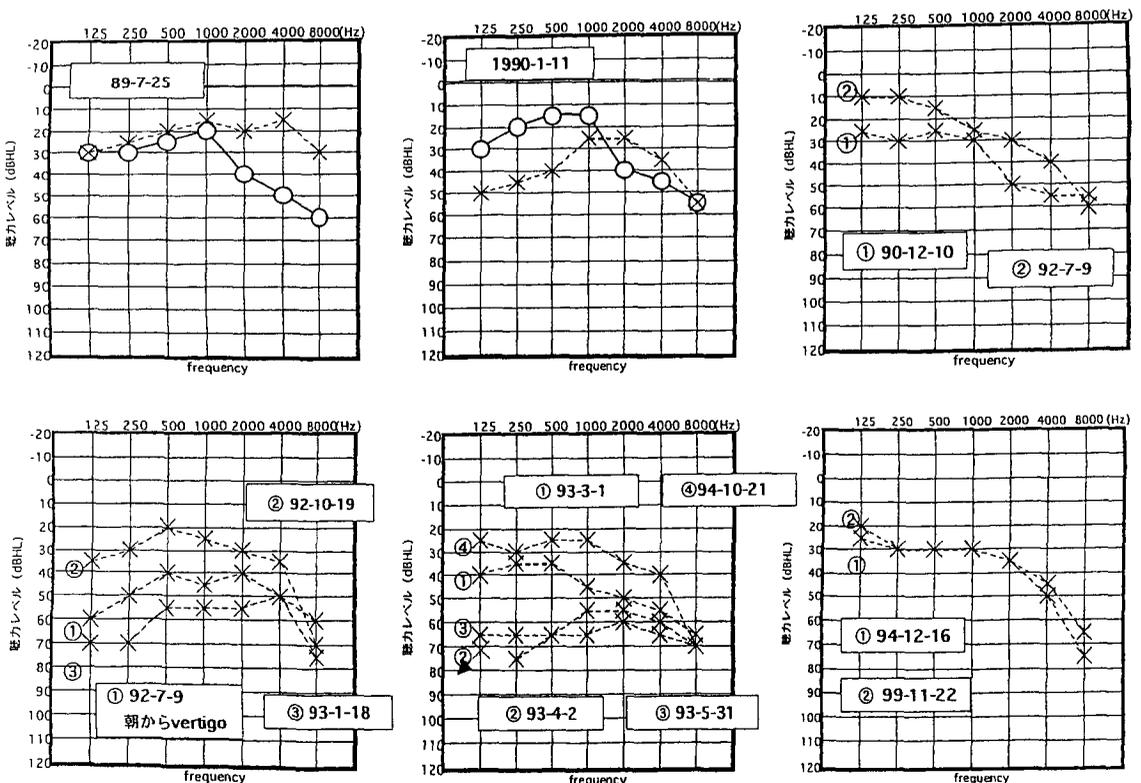


図3 症例 吉〇〇子
生活指導, 助言で良好な経過を示した例。

にて救急車で来院し入院。6ヵ月後にも再びめまい発作あり。検査の結果、左側のメニエール病と診断した。左の低音域と高音域の聴力障害を認めた。その後低音域は回復し、左右差はなくなった。その後も年1回の割でめまい発作を繰り返した後、5年ぐらimeまい発作を認めなかった。5年後のめまいは頭位眼振検査で下向性眼振であり、末梢性眼振とは異なったのでMRI検査を行ったが異常を認めなかった。下向性眼振は一過性の脳幹の循環障害によるものと推測された。

この患者のめまい発作は種々の原因による心労の後に生じていた。その原因は毎回異なり、ある時は亡夫の著作をめぐるトラブルであり、ある時は嫁姑問題、別の時は患者の高齢(90歳)の母が脳梗塞になり看護で肉体的にも精神的にも疲労していた時であった。しかし、その都度問題が片づくともめまい発作は消失し、年1回程度で済んでいる。治療としては心労・過労がめまい発作の誘因となっている可能性を説明し、不眠・不安に対し内服薬処方するのみであった。内服としてはデパスとアモパンを処方していた。その結果、聴力は可逆性であり、最近5年間は比較的安定し、初診時と比較し加齢分程度の悪化で治まっている。

5) 心理療法後の再発例

症例：木○正○(94-13025) 男性 58歳 大学講師

初診：1994年5月12日

主訴：めまい・耳閉感・耳鳴

現病歴：スーパーで買い物中や駅などの騒音下でめまいがおきるようになり、近医受診。メニエール病といわれ利尿剤投与を受けている。めまいのため当院脳神経外科を受診し、MRIにて節骨洞に異常陰影を認められ当科受診となる。

初診時所見：鈍音聴力検査で右耳の中・低音域の感音難聴(30-40 dB)を認める。MRI所見は節骨洞嚢腫であったので経過観察となった。

治療経過：その後軽いめまい感は続いていたが、翌年1995年後半は軽快したため来院せず。1996年2月に再度受診、めまいが持続しているため1996年2月26日より自律訓練法開始。2月25日には聴力も改善、めまいは軽快、以後1999年10月まで約3年近くめまいはなかった。しかし、1999年10月21日より前立腺肥大症のため治療薬を内服

した頃より、首をまげたり上をみたりするとめまいがおきた。右耳の聴力は悪化。1999年11月5、6日と回転性めまいあり。12月まで月に2~3回、回転性めまいあり、しかし、2000年の2月に前立腺手術で入院以後めまいなし。5月に網膜裂孔にて治療。7月初旬に再び回転性めまいあり。頭位眼振検査にて右向き眼振を認めた。8月には硝子体出血に対しレーザー手術を施行した。

心理療法開始時(1995年1月)の心理検査では、CMIはIV領域、Vp(心身症型)で強迫・ヒステリー・不安・怒りの項目で高い値を示していた。SDS: 51(正常値<50)、MAS: 30(正常値<19)、Y-G: B'型であった。INVはヒステリー・神経質の項目で高い値を示していた。またエゴグラムでは全体的にエネルギーの高い自我状態を示していた。

以上の結果と面接より、精神エネルギーが高く、物事を完璧にこなすタイプでまた、自己顕示欲求が高いことが考えられた。さらに、めまいが持続することにより集中力、意欲の低下が認められ思うように活動できないことへの気分のいらだちや怒りの感情が認められた。また、1人暮らしであることからめまい出現への不安が高くこれらのことが二次的な精神的ストレスとなっていることが考えられた。

めまいの症状の持続や増悪に生活習慣や心理的状況などが関与していることを話し、カウンセリングとともに自律訓練法を実施した。心理検査(1997年3月)では、SDS: 30(正常値<50)となり集中力、判断力、意欲の向上が認められた。生活上の心理的葛藤や自己主張感情を面接で表現できるようになる。また、感情のコントロールも上手になり、めまいによる精神的な混乱は減少しめまいの前兆にも対応できるようになった。完全欲求が強いため症状は以前より改善したものの患者の望むほどでないため治療に対する焦りがみられた。そこで、初診時に比べプラスに変化したことを挙げさせるなどの振り返りを行い、少しずつ良くなっていることへの確認を行い支持した。

しかしその後、前立腺肥大症の手術や視力障害により、疾患に対する不安が認められるようになった。とくに、硝子体出血の再発により視力障害に対する不安が強くなった。また、約3年間消失していためまいの再発にも不安がでてきた。前立

腺肥大症の手術後に実施した心理検査（2000年3月）では、STAI（状態・特性不安検査）で特性不安69（VI段階）、状態不安44（V段階）を示し元来不安傾向がかなり高く、さらに現在直面している疾患などに対する不安も高い状態と解釈できる。SCI（ストレスコーピングインベントリー）からは認知ストラテジーが情動ストラテジーよりも高くストレスとなる出来事に対して積極的に取り組むことが認められた。このことはEAS（自我態度スケール）のエネルギーの高さからもわかる。しかし、SCIの対処型で逃避型、隔離型が対処で用いられなかったことやEASの結果よりA型行動特性的なライフスタイルが推測できる。

この症例では、ストレス状況の調節・緩和、不安・緊張の緩和を目的に自律訓練法を実施し、さらに新しい適応様式の習得目的としてめまいの対処、仕事などに優先順位をつける、余暇の活用など生活のペースをつくることを試みていた。しかし、地域のスポーツ教室参加などをしはじめた矢先に前立腺肥大の診断を受け、さらに医療機関への不信より転院し手術を受ける。その後、硝子体出血となる。

心理療法後、患者の新しい適応様式が確立されぬまま新たなストレス状況に陥ってしまう結果となってしまったため現在は、新しい適応様式の再習得を目的としカウンセリングを中心に心理療法を行っている。眼科で硝子体出血の完治の診断を

受けたことでめまいの不安も減少しスポーツ教室参加も再開した。

6) めまいは治まったが耳鳴の苦痛度が強い例

症例：清○（91-47560）34歳 女性 主婦

初診：1999年4月5日

主訴：右耳鳴

現病歴：1987年より夫が香港に赴任したため同行した。現地人との交際トラブルのため単身帰国。帰国後潰瘍性大腸炎発症。1989年夫の転職の話がでた頃より右耳鳴がはじまる。1990年8月、回転性めまい生じ、T病院にてメニエール病の診断を受けた。1992年右難聴自覚、めまいは治まっているが耳鳴の治療を希望して来院したが3回目以降来院しなかった。約4年後の1996年3月、心理療法を希望し再受診。

既往歴：潰瘍性大腸炎、耳鳴に対しハリ治療（有効と自己評価）

初診時所見：聴力検査所見（図4）。平衡機能検査所見を含む神経耳科学的所見、神経学的所見に異常なし。

治療経過：耳鳴は引越の間は気にならなくなった。また残業の多い仕事をやめたら治った。ハリ治療でも気持ちが良くなった。しかし夫から転職したいといわれると、また耳鳴がはじまるという具合であった。家庭的には夫の実家の両親や夫の弟夫婦との付き合いでのトラブルから、感情的ストレスの処理に苦勞していた。以上の病歴から心理療法の適応とした。

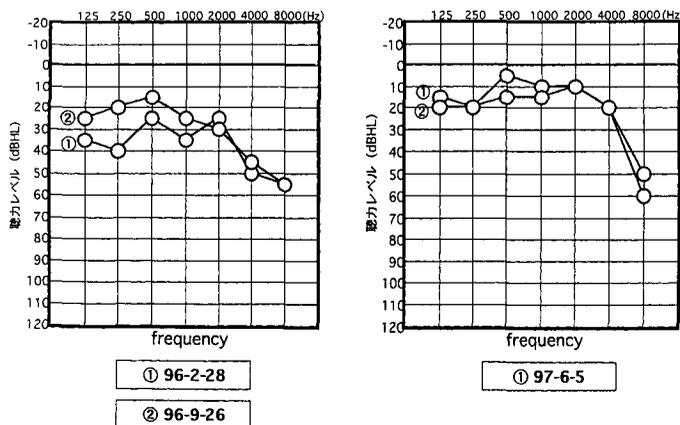


図4 症例 清○
耳鳴の苦痛度の強い例。

ストレスにより様々な不安を抱え心身のアンバランスが続いていたので、カウンセリングにより不安感情を表出させ、自己コントロールと心身のリラクゼーションのため自律訓練法をすすめた。本人も希望したので施行した。

自律訓練法施行中、潜在意識にあった3年前の歯科治療中に心霊治療に誘われたり、高額な器械を買わされたことへの憎しみや嫌悪感が出出して公式を先に進めなくなったので一時中断した。無意識的に抑圧された心的外傷体験に焦点を当て、精神分析療法を行った。精神分析療法では対面法によって進めた。その中で、今まで心の深層に隠されていた心的外傷体験を意識に上らせることができ、防衛機制として「抑圧」のメカニズムが使われていたことに気付いた。さらに開放療法の結果、深層にあった問題を開放することができて、否定的で歪曲した感情が表出された。その後めまいもなく耳鳴も小さくなり、友人と会っている時には全然気にならなくなった。潰瘍性大腸炎も改善しているといわれた。夫の入院時に耳鳴増強したが、体操をはじめたら小さくなり気にならなくなる。その後歯科医とのトラブルも客観視できるようになり、再び自律訓練を継続、人間関係も円滑にいており耳鳴を受容した。

心理検査は心理治療開始時（1996年3月）CMI: III 領域, Vp (心身症型), SDS: 44 (正常値<50), MAS: 29 (正常値>23), Y-G 性格検査: B 型, INV: 分裂気質・ヒステリー気質・神経質が高値を示した。6ヵ月後の検査で Y-G 性格検査: E 型, INV でバランスがとれてきた以外同様であった。

考 察

1. メニエール病の心理的側面

メニエール病の治療に際しては心身医学的配慮が必要であるとする報告は多い。Fowler ら³⁾ は早くからメニエール病のめまい発作にライフストレスの役割を重視している。その後もメニエール病の心身医学的側面について論じたものは多い^{4)~11)}。メニエール病患者にみられる心身症の状態は家族にもみられること⁷⁾ や治療後も心理状態がほとんど変化しないことから本症には発症しやすい素質が考慮される。ストレスとメニエール病の症状の間には相関がある¹²⁾。

他方、メニエール病が心身症であることが確認

されなかったとの報告¹³⁾ や、心理的因子がめまい発作のトリガーとなっているという証拠は弱いとの報告¹¹⁾ もあるが、とりあげた心理検査の種類とも関係すると思われる。本邦でのメニエール病の心理的側面の報告がされるようになったのは比較的最近である。しかしいずれも心理検査にとどまり、治療にまでふみこんでいる報告^{14)~18)} は少ない。1986年より1999年の13年間に当科で心理療法を受けた640例のうち、めまい症例は129例、メニエール病は67例であった。メニエール病は平均、年5人ぐらいであるが最近6年間は53例で年平均約9例と増加傾向にある。最も多いのは耳鳴の195例であった。メニエール病のスクリーニングとしての CMI を行った24例では心身症型が多く、疾病頻度、強迫傾向、過敏のスコアが高値を示した。MAS (不安テスト) では14例中8例 (57%) が正常値の23点を超えた。SDS によるうつ傾向はほとんどなかった。TEG では NP 優位型、N 型、逆 N 型がほぼ同数であった。これらの結果、責任感が強く、強迫、不安傾向を示す心身症型が多いことが示された。心理的配慮がされずに保存的 (薬物) 治療が無効なため即手術の適応とすると迷路破壊術の症例のようにめまいが改善しない例がでてくる。術前にメニエール病によるめまいと心因性のめまいとの鑑別、心理検査が重要である。

2. メニエール病治療の問題点

メニエール病治療の難しさはメニエール病の病態のステージが症例によって異なることである。特に聴力が良好な例では手術療法やゲンタマイシン (GM) 療法を選択する際に聴力保存の考慮が必要である。聴力を保存するために用いられているのは従来内リンパ嚢手術と前庭神経切断術であった。しかし前者の効果は非特異的であるとの報告^{19)~21)} やめまい発作については自然経過と有意差がないとの報告²²⁾ から手術的治療をためらう耳科医も多くなっていると思われる。さらに加えて鼓室内チューブ留置術もめまいに対し非特異的効果が報告²³⁾ されるに及んで内リンパ嚢手術の有効性について再検討を迫られている。他方、Thomsen らの報告を再検討し内リンパ嚢手術は有効とする報告²⁴⁾ もあらわれた。後者の前庭神経切断術はめまい発作に対しては効果的であるが²²⁾、聴力が保存されるという期待は長期的に迫

跡された症例の分析から裏切られており、これも内リンパ嚢手術と同様に見直しが迫られている。このように内リンパ嚢手術は適応が不明確になって行いにくく、また前庭神経切断術は聴力保存手術としては行われたい傾向にある。これらに代わって手技が簡単で比較的めまいのコントロール率の高いゲンタマイシン (GM) 治療が脚光をあびてきた。この方法の前にすでにフライブルグ大学グループによって1960年代にストレプトマイシン (SM) の鼓室内注入が始められていた²⁵⁾。その後アミノ配糖体は内耳の感覚細胞を障害する前に分泌細胞 (暗細胞) を障害することが指摘された^{25)~27)}。また、蝸牛と前庭に対する毒性の差は GM の方が SM より広いことが知られ、1974年より GM 治療が開始された²⁵⁾。米国での普及は近年である。しかし投与方法 (1回/日, 1~4回/日, 1~6週・4日間), 最大投与量 (10~720 mg), 評価法が報告者により様々である。最も関心のある治療効果はめまいについては方法が異なるが成功率は81~95%と良好であるが、聴力障害が0~95%と幅があり、聴力保存の治療法としての評価は得にくいと思われる²⁸⁾。

3. 心理療法がすすめられる症例

めまいで受診するすべての患者が心理療法の対象となる訳ではない。しかしめまい症例のすべてに心身医学的配慮が必要であるとの方針をとっている。そのため当科では全例に CMI と Selfrating Questionnaire for Depression (SRQ-D) (いずれも東邦大式) を用いている。これらのスクリーニング用心理検査の結果と問診により、以下のような患者に心理療法をすすめている。受診初期には薬物療法と簡易精神療法で経過をみながら、あるいは訴えによって途中から心理療法をすすめる例もあるが、初診時から心理療法の適応とする例は以下のような例である。

- 1) 病歴上めまいが反復し、薬物療法でコントロール不能であった例や、そのため手術をすすめられて来院した例
- 2) 不眠を伴うめまい例
- 3) 生活リズムが不規則な例
- 4) めまい以外に多彩な訴えがある (とくに耳鳴の苦痛度の高い) 例
- 5) めまいの原因を説明する他覚的検査所見に乏しい例

6) スクリーニングの心理検査で CMI で III, IV 領域を示す例や SRQ-D でうつ状態と判定される例

7) めまいの発症に強いストレスが関与していると思われる例

8) めまいや耳鳴、難聴の予後に過剰な不安や恐怖をいただいている例などである。

4. メニエール病に対する心理療法の現状と今後

メニエール病に対する心身医学的側面への配慮が必要であることは認識していても、大部分の耳科医自身が心理療法を行うことができないという現実がある。これらの理由は以下のように考えられる。1) 欧米の耳科医には保存的治療が無効ならば外科的治療しかないと考える傾向がある、2) 耳科疾患に興味を持つ心療内科、精神神経科医は少なく、依頼しても薬物療法で処理される傾向がある。また患者に精神科を受診させようとすると患者側の反発が強い。そのため本格的な (簡易精神療法でない) 心理療法を受けられる患者が少ない、3) 臨床心理士を耳鼻咽喉科専属で雇えるところはほとんどない、4) 耳科医が自ら心理療法を習得して、これを実践する時間的余裕がない、5) メニエール病はストレス病、生活習慣病¹⁷⁾¹⁸⁾とも考えられているにもかかわらず、簡単な生活指導、精神療法と抗不安薬、精神安定剤の投与が行われることが多く、本格的な心理療法が必要な患者にもこれを行うシステムがない。そのために手術がすすめられる傾向がないとはいえない、などであると考えている。

著者らは当科および他施設での保存的治療無効例、他施設で外科的治療を受けたにも関わらず無効であった症例などに対し臨床心理士と協力して心理療法を行った経験から手術療法の前にまず心理療法を行うことで手術を避けることができる例があることを示した。本邦でもメニエール病の心理的側面に関心のある熱心な耳科医による少数例の報告が散見される²⁹⁾³⁰⁾。内科医の報告もみられるが少数例の報告である³¹⁾。臨床心理士による報告は、著者らの共同研究者のものであるが1例報告である³²⁾。山下ら³³⁾³⁴⁾はストレス源や行動特性の面からメニエール病の約半数が A 型の行動特性を示したが、これらの所見をどのように心理

的治療に用いるかについては今後の課題であろう。今後は医師も心理療法に関心を持つと同時に臨床心理士の協力を得て、できれば耳鼻咽喉科専属の臨床心理士とチームを作ることが必要である。1987年以来当教室では2人の臨床心理士の協力を得て各種疾患の耳鳴、めまい、心因性難聴、咽喉頭異常感症などについて心理療法を行ってきた。しかし、心理療法により症状は軽快しても心理検査所見の項目によってはほとんど変化がみられない例もあることから、心理療法後、症状の安定した患者の追跡と長期予後についての検討が必要である。また、この療法自体の評価についてEBM (Evidence Based Medicine) の見地からの評価が必要であると考えている。しかし、現実には薬物療法が無効で他に方法がないからと、外科的治療をすすめられていた症例が心理療法で改善しているという事実がある。このような症例を手術してもめまいの改善率は低く、効果があったとしても一時的な可能性がある。これらの事実をEBMに基づいて評価することが今後の課題であるが、その前に各施設内の心理療法のシステム作りが必要であることを強調したい。

文 献

- 1) 竹内 硬：臨床心理学。松村康平編。37-41頁，朝倉書店，東京，1973
- 2) 内山喜久雄，高野清純，田畑 治：カウンセリング。日本文化科学社：85-95，1984
- 3) Fowler EP, Zeckel A: Psychological factors in Meniere's disease. *Psychosom Med* 15: 127-139, 1953
- 4) Siirala U, Siltala P, Lumio JS: Psychological aspects of Menière's disease. *Acta Otolaryngol (Stockh)* 59: 350-357, 1965
- 5) Siirala U, Gelhar K: Further studies on the relationship between Menière, psychosomatic constitution and stress. *Acta Otolaryngol (Stockh)* 70: 142-147, 1970
- 6) Hinchcliffe R: Emotion as a precipitating factor in Menière's disease. *J Laryngol Otol* 81: 471-475, 1967
- 7) Hinchcliffe R: Personal and family medical history in Menière's disease. *J Laryngol Otol* 81: 661-668, 1967
- 8) Watson CG, Barnes CM, Donaldson JA, et al: Psychosomatic aspects of Menière's disease. *Arch Otolaryngol* 86: 543-549, 1967
- 9) Williamson DG, Gifford F: Psychosomatic aspects of Menière's disease. *Acta Otolaryngol (Stockh)* 72: 118-120, 1971
- 10) Groen JJ: Psychosomatic aspects of Menière's disease. *Acta Otolaryngol (Stockh)* 95: 407-416, 1983
- 11) Wexler M, Cray WG: Meniere's disease. The psychosomatic hypothesis. *Am J Otol* 75: 93-96, 1986
- 12) Andersson G, Hägnebo C, Yardley L: Stress and symptoms of Meniere's disease: A time-series analysis. *J Psychosom Res* 43: 595-603, 1997
- 13) Filipo R, Lazzari R, Barbara M, et al: Psychologic evolution of patients with Meniere's disease in relation to therapy. *Am J Otol* 9: 306-309, 1988
- 14) 秋岡勝哉，松永 喬：高齢者のめまい患者の心理テスト成績。 *Equilibrium Res* 53: 422-428, 1994
- 15) 秋岡勝哉，松永 喬：めまい患者の心理テスト成績（第3報）—アンケート調査による治癒群と非治癒群の比較—。 *Equilibrium Res* 56: 527-529, 1997
- 16) 犬飼賢也，関 聡，近藤勝彦，他：めまい患者における心理テストの検討。 *日耳鼻* 101: 1397-1405, 1998
- 17) 神崎 仁：生活習慣病としてのめまい。 *日麻酔薬理*（印刷中）
- 18) 神崎 仁：メニエール病の自己管理。32-44頁，医薬ジャーナル社，大阪，1999
- 19) Thomsen J, Bretlau P, Tos M, et al: Placebo effect in surgery for Ménière's disease. *Arch Otolaryngol* 107: 271-277, 1981
- 20) Thomsen J, Bretlau P, Tos M, et al: Placebo effect in surgery for Meniere's disease: Three-year follow-up. *Otolaryngol Head Neck Surg* 91: 183-186, 1983
- 21) Kerr AG, Toner JG, Mckee GJ, et al: Role and results of cortical mastoidectomy and endolymphatic sac surgery in Menière's disease. *J Laryngol Otol* 103: 1161-1166, 1989

- 22) Silverstein H, Smouha E, Jones R: Natural history vs. surgery for Menière's disease. *Otolaryngol Head Neck Surg* 100: 6-16, 1989
- 23) Thomsen J, Bonding P, Becker B, et al: The non-specific effect of endolymphatic sac surgery in treatment of Meniere's disease. *Acta Otolaryngol (Stockh)* 118: 769-773, 1998
- 24) Welling DB, Nagaraja HN: Endolymphatic mastoid shunt: A reevaluation of efficacy. *Otolaryngol Head Neck Surg* 122: 340-345, 2000
- 25) Beck C: Intratympanic application of gentamicin for treatment of Menière's disease. *Keio J Med* 35: 36-41, 1986
- 26) Nakai Y, Hilding YD: Vestibular endolymph-producing epithelium: Electron microscopic study of the development and histochemistry of the dark cells of the crista ampullaris. *Acta Otolaryngol (Stockh)* 66: 369-385, 1968
- 27) Sparwald E, Merk W, Leupe M: Restitutionsvorgänge an den dunkeln Zellen und Sinneszellen der Crista ampullaris des Meerschweinchen nach Streptomycinintoxikation. *Arch Klin Exp Ohren Nasen Kehlkopfheilkd* 202: 687-689, 1973
- 28) Blakley BW: Update on intratympanic gentamicin for Meniere's disease. *Laryngoscope* 110: 236-240, 2000
- 29) 酒井丈夫, 水田邦博, 野末道彦: めまいに対する交流分析的な心理療法—有効であったメニエール病症例を中心に—. *耳鼻・頭頸外科* 64: 103-107, 1992
- 30) 中山明峰, 松崎圭治, 呉 孟達, 他: めまい患者に対する集団精神療法. *Equilibrium Res* 57: 588-595, 1998
- 31) 深町 健: メニエール病の心身医学的側面. *耳鼻と臨* 30: 1181-1194, 1984
- 32) 田副真美: めまいの心理療法. *心身医療* 9: 58-63, 1997
- 33) 山下裕司, 菅原一真, 下郡博明, 他: メニエール病患者の行動特性について—アンケートによるストレスの定量化—. *Equilibrium Res* 57: 428-434, 1998
- 34) 山下裕司, 下郡博明, 綿貫浩一, 他: メニエール病とタイプ A 行動特性. *耳鼻臨床* 90: 1209-1213, 1997

(原稿到着:平成12年11月24日
別刷請求先:神崎 仁
〒160-0016 東京都新宿区信濃町35
慶應義塾大学医学部耳鼻咽喉科学教室)